Prof. Michael K. Hohl
Prof. H. Peter Scheidel
Prof. Bernhard Schüssler

Designer Vagina

Vor kurzem hat das renommierte British Medical Journal (2007; 334:1090) den Warnfinger erhoben gegen die zunehmende Ausbreitung der genitalen Schönheitschirurgie, die auch unter dem Begriff „Designer Vagina" zusammengefasst wird. Die Laienpresse hat dieses etwas anrüchige, aber umsomehr sensationsträchtige Thema dankbar aufgenommen unter Titeln wie „Die perfekte Vagina" („20 Minuten") „Warnung vor dem Schnitt im Schritt" (Spiegel online) oder „Meet the genitailor" („The Tyee").
Wie aktuell das Thema ist, zeigt sich auch in zahlreichen Blogs und Foren in der Subkultur des world wide webs.

Als vor kurzem über unsere Internetseite der Leidensbericht von „Tabu Sandra" (siehe Kasten) einging, schien uns die Problematik dieser immer öfter von Patientenseite gewünschten angeblich einfachen Eingriffe wichtig genug, um auf die verschiedenen Facetten der plastischen Vulva- und Vaginal-Chirurgie einzugehen.

Epidemiologie

Gibt man Suchbegriffe wie „Designer Vagina", „Labienreduktion" etc. bei Google ein, erhält man in 0,1 sec. mehr als 500'000 Ergebnisse, in pages aus der Schweiz immerhin über 2000. Dabei dominieren Werbeangebote von operativ tätigen Ärzten und Kliniken (Abb. 1). Selbst im staatlichen englischen National Health Service hat sich die Zahl der Labienplastiken innerhalb von 4 Jahren verdoppelt. Da die Mehrzahl dieser Operationen wahrscheinlich im privaten Sektor erfolgt, dürfte die Dunkelziffer wesentlich höher liegen. Ein in der Hauszeitschrift von „gynécologie suisse" der „Gynäkologisch Geburtshilflichen Rundschau" veröffentlichter Bericht eines plastischen Chirurgen aus München kam immerhin auf 443 Eingriffe innerhalb von 5 Jahren (Gynäkol. Geburtshilfl. Rundsch. 2007; 47:23–32). Der Autor berichtet dabei über mehr als 90 % zufriedene Frauen nach der Operation. Die meisten publizierten Arbeiten über Labienreduktion beschränken sich auf die Beschreibung der unterschiedlichen Operationstechniken mit jeweils hohen Erfolgsraten. Wenig bis nichts liest man über Indikationen, psychologische Hintergründe und vor allem Komplikationen. Die Patientinnen, die selbst oft unsicher sind, was das Erscheinungsbild der äusseren Genitalien und deren sexuelle Funktionalität betrifft, können leicht zusätzlich traumatisiert werden durch zweifelhafte chirurgische Eingriffe und deren inhärente Komplikationsrisiken (Wundheilungsstörungen, veränderte taktile Empfindung, Dyspareunie, Narbenbildungen etc.). Vor kurzem hat deshalb auch das Commitee on Gynecological Practice im Rahmen einer Commitee Opinion des American College of Obstetrics and Gynecology (Obstet. Gynecol. 2007; 378:737) zu verschiedenen zweifelhaften Eingriffen warnend Stellung genommen.

Was ist normal?

Der soziokulturelle Megatrend mit dem eigenen Körper unzufrieden zu sein und ihn einer Skulptur gleich durch plastische Chirurgie zu einem Idealbild umzuformen, hat auch vor dem weiblichen Genitale nicht Halt gemacht. Dies ist historisch gesehen nicht neu. Die gesellschaftlichen Schönheitsvorstellungen variieren dabei stark zwischen den Kulturkreisen. So werden von einigen südafrikanischen Stämmen der Khoisanen („Hottentotten") stark ausgeprägte, von aussen deutlich sichtbare Schamlippen als schön empfunden. Dies hat dazu geführt, dass Frauen dieses Stammes sowohl durch natürliche Selektion als auch durch äussere Einwirkung (d. h. ein Dehnen der Schamlippen) teilweise sehr dominante Schamlippen entwickelt haben (Abb. 2).

Demgegenüber ist das westliche Ideal geprägt durch die Vorstellung, dass die kleinen Schamlippen die grossen nicht überragen sollten. Diese Vorstellung wird heute

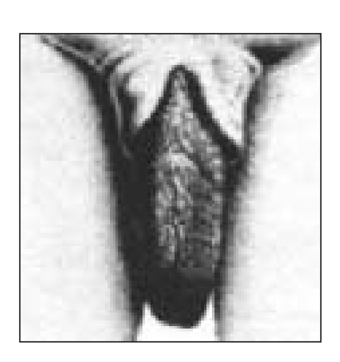


Abb. 1. Werbung im Internet für plastische Genitaloperationen

„Tabu Sandra“: Mein Fall

Ich möchte gerne darüber berichten, was mir und noch vielen anderen widerfahren ist! Ich würde mich sehr freuen, wenn ich helfen kann, dass mein Fall sich nicht so oft wiederholen wird! Seit meiner Pubertät leide ich an meinen übergroßen Schamlippen. Aber traute mich nicht mit jemandem darüber zu reden und schon gar nicht mit meinem Frauenarzt der bald das Alter meines Großvaters erreicht haben dürfte. Da ich sehr frühreif bin, wie so viele andere meiner verwahrlosten, elternlosen Generation, lerne ich sehr bald damit umzugehen und immer das Licht zum „Schlafengehen“ auszuknipsen. Nur bei den alltäglichen Dingen wie, Toilettengang, Sport, Schwimmen, Spazierengehen stören mich diese überdimensional großen Lappen, die aus meinem Genitalbereich herausragen. Bei engen Hosen reiben sie, im Bikini muss ich aufpassen, dass sie nicht seitlich herausragen und nach der Toilette werden sie immer schön säuberlich in die äußeren, „großen“ Schamlippen eingewickelt. Das hält dann ca. 15 Minuten, bis ein sicherer Griff in meine Jeans, unter meine Unterhose die Prozedur wieder und wieder durchführt. Jahre später, als ich zum Zwecke meines Studiums in eine andere Stadt ziehe, wechselt mein mittlerweile rentenfähiger Frauenarzt zu einer scheinbar modernen Frau. Doch mit Ihr über meine Schamlippen zu reden, kommt mir natürlich auch nicht in den Sinn – auch wenn ich es mir jedes Mal erneut fest vornehme.Einmal habe ich wieder einen Termin. Im Behandlungszimmer sitzt eine nette, sympathische Frau, die mich mit den Worten „Hallo, ich bin die Vertretung“ begrüßt. Ok, jetzt oder nie. Ich nehme meinen ganzen Mut zusammen und stottere vor mich hin, irgendetwas von „zu groß“, „vielleicht kann man da ja was machen“, „schon lange ein Problem“, „nie getraut darüber zu reden“. „Na das schauen wir uns doch einmal genauer an“, meint sie – immer noch sympatisch. Wieder angezogen, am anderen Ende des großen Schreibtisches sitzend, sagt Sie, diese sympathische Unbekannte, nun das, wovon ich schon seit meiner Jugend geträumt habe. „man kann „das“ wegmachen lassen. WOW!
Telefonbuch aufgeschlagen, bewappnet mit Handy, Zettel und Stift, mache ich mich nun auf die Suche nach einem Arzt, der ambulante Operationen durchführt, denn so wie sie mir versicherte, sei das auch nur ein kleiner, harmloser Eingriff. Nach ein paar Gesprächen mit etwas überforderten Arzthelferinnen, finde ich dann auch endlich eine Praxis, die gleich nächste Woche einen Termin frei hat. Nach Begutachtung „der Sache“ offenbart mir dann auch der zweite mittelalterliche Frauenspezialist, dass ihm und mir der kleine Eingriff 100 Euro wert wäre. Hm, als Studentin mal locker 100 Euro herzaubern, bei den Studiengebühren? „Geht das nicht auch billiger“. Der Mann mir gegenüber meint, dass die XXXKlinik das vielleicht mal „zwischenrein schieben“ könnte. Da ich nicht noch länger auf meine Verwandlung warten möchte, bitte ich die Arzthelferinnen dort anzurufen, weil das doch dann bestimmt schneller geht. „Was soll denn gemacht werden?“ „Äh, ich habe Labienhyperplasie“, meine ich, denn das ganze Wartezimmer nebenan hatte schon so verkrampft in die Frauenklatschrevue gestarrt, dass ich unmöglich sagen konnte „Meine Schamlippen haben die Größe eines kleinen Penis und ich würde sie gerne kleiner machen lassen, damit ich sie nicht immer beim Toilettengang einrollen muss“. „Ah, Sie wollen ihre Schamlippen verkleinern lassen“. Danke ihr lieben Arzthelferinnen, immer zur Stelle wenn man euch braucht. Ein Termin wurde also gefunden, und ich stand am 27.September 2007 um 7:30 Uhr mit ein paar frischen Strümpfen und einer kleinen Handtasche im XXXKlinikum meiner Stadt. Die Voruntersuchung war am Tag zuvor, und hätte ich damals die ratlosen Blicke der 5 Ärzte und Assistenzärzte deuten können, wäre ich auf der Stelle umgedreht und hätte mich wieder in mein Bett gelegt, wie es sich für einen ordentlichen Studenten um eine solch unmenschliche Uhrzeit eben gehört. Die OP dauerte eine halbe Stunde, nach 2 Stunden kam der Arzt und meinte, dass er sich für eine andere Methode entschieden hätte, die sogenannte Kim Choi Methode (s. Abb. 7), nur leider war ich schon unter Narkose und er konnte es mir nicht mehr mitteilen. Meine Schamlippen waren nun also keilförmig zerteilt und wieder zusammengenäht worden, sodass keine sichtbaren Vernarbungen entstehen sollten. Prima, ist doch besser als einfach abtrennen, wie vereinbart! Ab nach Hause und auf die gemachte Couch, Film reinschieben, und die nächsten drei Tage chillen. Was für ein Leben. Nach zwei Wochen noch mal zur Nachuntersuchung und ich bin wie neu geboren! Der Film war gut, nur irgendwie war hatte meine rechte

Schamlippe, die sowieso viel größer ausgefallen war, unter der Naht ein Loch gebildet, durch welches man hindurch sehen konnte. Gut, zum Glück hat man ja zwei davon, vielleicht wird die ja! Sechs Tage später lösten sich die selbstauflösenden Fäden von selbst auf. Doch leider hatte meine Schamlippe nicht so schnell damit gerechnet und teilte sich wieder, sodass ich nun im Besitz von zwei kleinen, halben und einer großen, löchrigen war.
Bei meinem zweiten Nervenzusammenbruch am Abend fuhr ich zurück zum Ursprung des Geschehens. Vollkommen überfordert holte die Nachtassistenzärztin den Oberarzt. Dieser gab mir ausreichend Schmerz- und Beruhigungsmittel für die Nacht und vertröstete mich auf den nächsten Tag, an dem der Chef der Klinik mal „draufschauen“ sollte.
Der Chef der Klinik war nun wirklich der mit Abstand weißeste Mann, den ich zuvor im noch gehenden Zustand in einer Klinik mit einem weißen Kittel, gesehen habe. Normalerweise hängen Menschen in seinem Alter an einem Tropf und liegen im Bett. Nun gut. Da er der Chef im Haus war, sollte er Ahnung haben. Das sagte er auch ganz deutlich, als er mich für den nächsten Tag zur nächsten OP bestellte.
Als ich aufwachte, war ich noch etwas benommen, konnte aber feststellen, dass ich im besseren Teil der Klinik untergebracht war, da ich die einzige in meiner „Zelle“ war, in er ich nun die nächsten sieben Tage verbringen sollte. Es war alles gut gelaufen, und Symmetrisch war es jetzt auch. Zudem wurde mir versichert, dass es quasi „bruchfest“ sei. Prima!Vollkostessen und Sonderbehandlung auf einer Privatstation, eine ganze Woche lang, wer kann da schon mithalten als studentischer Kassenpatient. Denn obwohl ich „Internationale Betriebswirtschaft mit dem Schwerpunkt Medienwirtschaft“ studiere, sind meine Eltern keine besserverdienenden Akademiker mit zu viel Flüssigem in der Tasche.
Im Nachhinein ist mir klar, warum ich dort separat, mundtot gemacht worden bin. Die Fäden spielten dasselbe, traurige Spiel ohne Abstimmung mit der Verheilzeit meiner Schamlippe und verabschiedeten sich mal wieder geradezu ins Nichts. Also jetzt rechts statt links. Die linke Seite hatte eine Größe erreicht, die es mir heute, trotz Abschwellen nicht erlaubt richtig zu sitzen, geschweige denn lange Strecken zu laufen. Aber Symmetrie war, laut dem Chef schon lange kein Zeichen von Schönheit mehr, und wenn man die eine Seite der aufgegangenen Naht – rechts noch abtrennen würde, dann wäre ja zumindest noch das so wichtige „Dreieck von Schamlippe und Kitzler“ erhalten. Prima!
Mittlerweile erleide ich einmal in der Woche einen kleinen bis mittelgroßen Nervenzusammenbruch. In einer anderen Klinik musste ich mich vor einem voreingenommenen Oberarzt noch rechtfertigen, dass ich keine der westlich orientierten OP-Schönheits-Kinder bin, die mal schnell ihre Schamlippen irgendwelchen erdachten Normvorschriften anpassen wollte. Schönheitschirurgen scheinen daraus ein neues Geschäftsfeld zu sehen und korrigieren ihre Preise ab 3.000 Euro aufwärts. Da es sich bei mir aber zudem noch um Rekonstruktionschriurgie handeln wird, kann ich mir die Kosten wahrscheinlich noch nicht einmal in Zahlen vorstellen.
Ich werde nächste Woche zwei Termine bei Schönheitschirurgen wahrnehmen und mich einer, hoffentlich umfassenden Beratung mit positivem Ausgang unterziehen. Da ich eigentlich sehr sportlich bin, wollte ich mit Aerobicstunden mein Studium finanzieren. Ich habe mich jetzt als Promoterin für ein Likörgetränk beworben und werde ab Januar auf irgendwelchen Tischen in irgendwelchen Clubs Leute mit Spirituosen abfüllen, und hoffen, dass ich irgendwann genug Geld zusammen bekomme, um das zu retten, was noch übrig geblieben ist. Mittlerweile wissen auch alle meine Freunde von meinem „Schicksal“, welches in Deutschland derzeit sehr viele, meist junge Mädchen ereilt, die den Frauenärzten trauen, die sich gerne ein paar Mark nebenbei verdienen, ohne jegliche Ahnung, welche Folgen dieser kleine Eingriff mit sich tragen kann.
In ein paar Foren findet man Frauen, die darüber sprechen, aber wie sollen es den mehr werden, wenn selbst die Ärzte bei dem Wort „Schamlippe“ beschämt dreinschauen! Inzwischen war ich bei zwei Schönheitschirurgen, die selbst sehr geschockt über diese Art von Verstümmelung waren. Einer der beiden riet mir, sofort einen Anwalt einzuschalten und meine Krankenakte einzuholen. Meine Geschichte ist also noch nicht zu Ende, und selbst wenn ich mich nächstes Jahr wieder unters Messer lege, ist wird mich diese Zeit der Wut, der Trauer und der Hilflosigkeit mein Leben lang begleiten – bis zum Ende!“



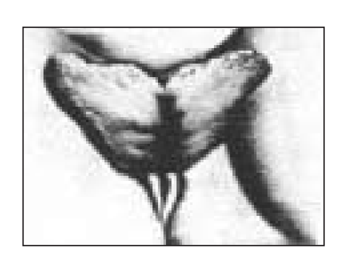


Abb. 2. Vergrösserte Schamlippen der Khoi Sanen („Hottentotten-Schürze“) (Quelle Wikipedia)

noch akzentuiert durch die weit verbreitete Mode der vollständigen Schamhaarrasur, was Abweichungen vom Idealbild logischerweise deutlicher hervortreten lässt. (Abb. 3a und 3b)

Der Trend mit dem eigenen Körper nicht zufrieden zu sein, öffnet natürlich den Weg zum „Surgical enhancement“. Dies beschränkt sich nicht nur auf eine Verkleinerung der Labia minora, sondern auch Vergrösserung der Labia majora durch Fettinjektion oder Liposuction (Mons pubis, Labia majora), Straffung der Vagina (Fettinjektionen, Resektion mit Laser), Klitoris-Repositionierung, G-Punkt-Amplifikation durch Kollagen-Injektion in den sog. G-Punkt und Hymenal-Rekonstruktion („Revirginisation“).

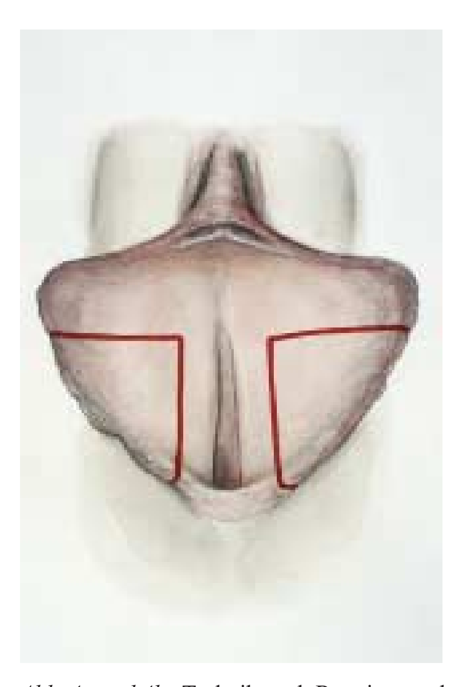
Hinter diesen Beweggründen tritt das was „normal“ ist, eher in den Hintergrund.
Trotzdem unternahm es die Arbeitsgruppe um Sarah M. Creighton (Lloyd J. et al. BJOG 2005; 112:643–645) das Erscheinungsbild der Vulva bei 50 prämenopausalen genau zu untersuchen und auszumessen.
Die Autorinnen kamen zum Schluss, dass die erscheinen-







Abb. 3a und 3b. Westliches Schönheitsidealbild einer Vulva



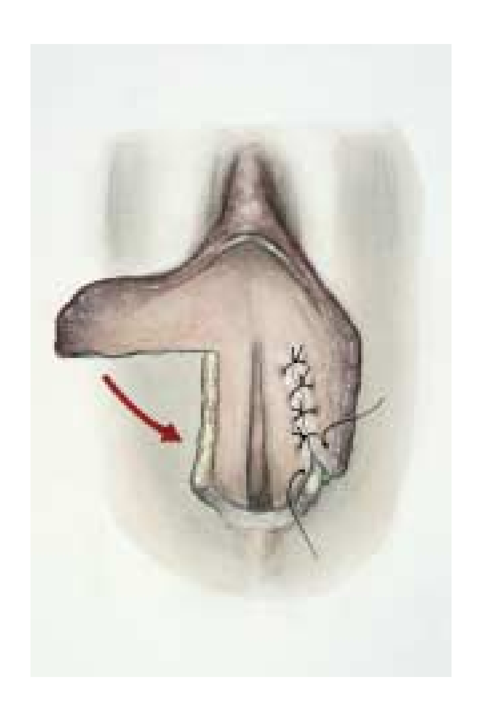




Abb. 4a und 4b. Technik nach Rouzier, random pattern flap

Tab. 1. Genitalmasse

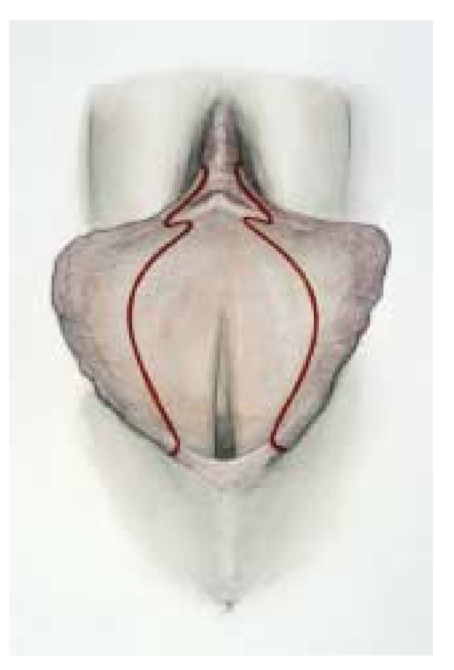
Schwankungsbreite	Mittel (Standardabweichung, SD)	
Klitorislänge (mm)	5–35	19,1 (8,7)
Glans Breite (mm)	3–10	5,5 (1.7)
Distanz Klitoris – Urethra (mm)	16–45	28,5 (7.1)
Länge Lab. majora (cm)	7.0–12.0	9,3 (1.3)
Länge Lab. minora (mm)	20–100	60,6 (17.2)
Breite Lab. minora (mm)	7–50	21,8 (9.4)
Länge Perineum (mm)	15–55	31.3 (8.5)
Länge Vagina (cm)	6,5–12,5	9,6 (1.5)
Farbe Genitale im Vergleich	gleich:	9
zur umgebenden Haut	dunkler:	41
Faltung der Labien	glatt:	14
	mässig:	34
	ausgeprägt:	2

aus Lloyd J et al. BJOG 2007; 112:643

den Teile des äusseren weiblichen Genitale eine starke Schwankungsbreite zeigen. (Tab.1)
Diese Tatsache sollte mindestens den Frauen, die eine Operation erwägen, bekannt sein und durch die beratenden Ärztinnen und Ärzte durchaus auch kommentiert werden.
Letztlich entscheidend für das Individuum ist jedoch nicht das was ist, sondern was dieses glaubt, dass ist (Prof. Rupert Lay).

Indikationen zur Labienplastik

Bemerkenswert ist, dass alle in der „Gynäkologisch-Geburtshilflichen Rundschau“ abgebildeten Labia minora der in der englischen Arbeit angegebenen Norm entsprechen.



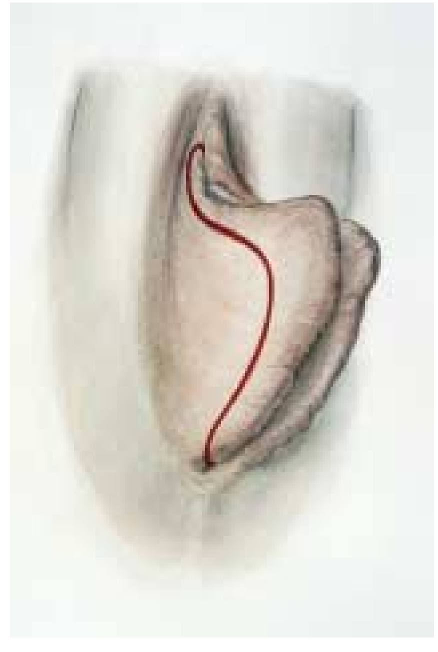




Abb. 5a bis 5c. Labienreduktion nach Gress vermeidet einen Lappentransfer. Gefahr der zu ausgedehnten Resektion beachten.

Trotzdem können Asymmetrien und deutliche Hypertrophien nicht nur ästhetisch stören sondern auch funktionelle Probleme zur Folge haben. Dies deckt sich auch mit unseren eigenen Erfahrungen (vergrösserte Labia minora mit Irritationen beim Tragen von Jeans, Reiten etc, Dyspareunie). Nicht selten sind Frauen mit als zu gross wahrgenommenen Labien zu beschämt, um mit ihren Ärztinnen und Ärzten darüber zu sprechen. Eine lange „stille" Leidensphase ist deshalb leider keine Seltenheit (Erfahrungsbericht „Tabu Sandra", Braun, V. Sexualities 2005; 8:407–427).

Ein behutsam fragendes Ansprechen von seiten der Ärztin anlässlich der gynäkologischen Untersuchung bietet sich deshalb an.
Neben der ausführlichen Information der Patientin über Normalität und Schwankungsbreite des vulvären Erscheinungsbildes ist es auch wichtig, den chirurgischen Eingriff nicht zu bagatellisieren. Neben zahlreichen, nur durch Einzelkasuistiken dokumentierten Operationstechniken zur Labienreduktion fanden wir drei Untersuchungen mit grösseren Patientinnenzahlen (Rouzier R et al. Am. J. Obstet. Gynecol. 2000; 182:35–40, Pardo J et al. Int. J. Obstet. Gynecol. 2006; 93:38–43, Gress. S. Gynäkol. Geburtshilfl. Rundschau 2007; 47:23–32)

In keiner dieser Arbeiten wurden Wundheilungsstörungen beobachtet. Trotzdem sind solche und insbesondere für die Patientin unbefriedigende Ergebnisse (eigene Erfahrung durch Gutachtertätigkeit und Patientenberichte, cf „Sandra", Patientenforen im Internet) eine Realität. Die zwei von uns favorisierten Operationstechniken haben beide ihre Tücken. Die ***Lappenplastik nach Rouzier*** hat den Vorteil, dass der diffizile periklitorale Bereich nicht tangiert wird. (Abb. 4a und 4b)

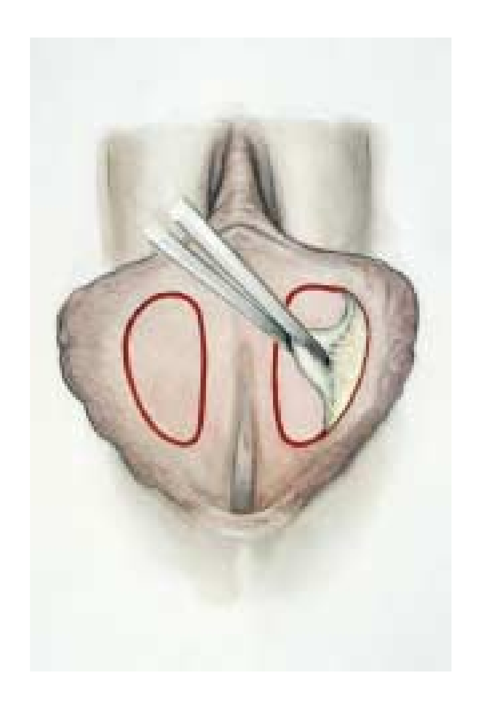








Abb. 6a bis 6d. Operation nach Choi mit Deepithelialisation.

Es gilt hier aber zu beachten, dass das Verhältnis Lappenbreite zu Höhe von 1:2 nicht überschritten werden darf. Wird dies übersehen, sind Wundheilungsstörungen vorprogrammiert.

Die von **Gress** angegebene Technik (Abb. 5a–5c) vermeidet einen Lappentransfer und erlaubt auch eine Reduktion von redundantem Gewebe kranial und seitlich der Glans clitoridis. So kann auch „überschüssiges" Gewebe im Bereich der periklitoralen Haut erfasst werden.

Hier gilt es aber unbedingt darauf zu achten, dass die kleinste Breite des Labium minus 0.8–1 cm nicht unterschreitet.

Mit dem Verfahren von Choi (Abb. 6a bis 6d) (Choi H Y et al. Plast. Recon. Surg. 2000; 105:41) bei „Sandra" offenbar erfolglos angewendet, haben wir keine Erfahrung. Wegen der Dünnheit des Gewebes dünkt uns eine



Abb. 7. Kosten der Revirgination

Labienplastik $ 3500–6000
Vaginalplastik $ 4500–8000
Labien plus Vaginaplasik $ 6500–12'000
Hymenalplastik $ 3000–3500

vordere und hintere Deepithelialisation aus technischer Hinsicht problematisch und komplikationsträchtig.

Plastische Operationen der Vagina (Designer Vagina)

Dass bei Geburten und im Rahmen eines Deszensus Kohabitationsprobleme bei zu weitem Introitus und schlaffer Beckenbodenmuskulatur auftreten können, ist allen Gynäkologinnen und Gynäkologen bekannt.

Auf eine erfolgreiche operative Korrektur ist in dieser Zeitschrift bereits ausführlich eingegangen worden (Schüssler, B. Hintere Plastik. Frauenheilkunde aktuell 1999; 3–4:5–12). Grundsätzlich hat die von Prof. M. K. Hohl favorisierte mehr oder weniger ausgeprägte ventrale Levatorplastik den Vorteil, die Funktionalität und Eigenkontrolle der Vaginalenge durch die Beckenbodenmuskulatur der Patientin zu erleichtern. Gleichzeitig ist es wichtig, die Entstehung eines „häutigen" Dammes (sekundäre Dyspareunie) durch zu ausgedehnte Raffung des Perinealgewebes und übermässige Resektion von Vaginalhaut zu vermeiden.

Die in diesem Kontext im Web kursierenden Laseroperationen (Verwendung des Lasers als Skalpell; Kosten bis 12000 $) entsprechen hingegen einem klassischen und vor allem auch kostspieligen Euphemismus (Verschleierung der Fakten durch Verwendung beschönigender, attraktiver Begriffe) (Abb. 7)

Jeglicher Seriosität und Fakten entbehrt die sog. ***G-Punkt Amplifikation*** durch Kollagen-Injektion zwischen Vagina und Urethra. Nicht nur ist die Existenz des sog. G-Punktes höchst umstritten. Einer einfachen Injektion von

Kernaussagen

- Begriffe wie Designer Vagina und sexual enhancement wecken bei Frauen oft unrealistische Erwartungen
- Vor einer Operation ist eine umfassende Information über mögliche Risiken, aber auch psychologische Aspekte zu fordern
- Die verschiedenen Operationstechniken zur Labienverkleinerung dürfen nicht als sog. „banale, einfache" Eingriffe unterschätzt werden
- Die Kenntnis plastisch-chirurgischer Prinzipien ist unabdingbar.

Kollagen fehlt jede Logik und sie führt allenfalls zu einer vermehrten Vernarbung.

Nicht selten wird der Wunsch nach ***Wiederherstellung der „Virginität“*** (Rekonstruktion des Hymens) an uns herangetragen. Hier ist das chirurgische Vorgehen im Gegensatz zur Labienplastik unproblematisch und einfacher als die sich dabei stellenden psychologischen und ethischen Fragen.